

Data do Incidente: ____ / ____ / ____ Responsável pela Notificação? _____

Setor da Incidência: _____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Nº de Atendimento: _____

RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)

<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Falha com Exames	<input type="checkbox"/> Perda de Dreno
<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Falha durante Assistência	<input type="checkbox"/> Perda de Prontuário
<input type="checkbox"/> Erro de Dispensação de Medicamento	<input type="checkbox"/> Falha Durante Procedimento Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Perda de SNG
<input type="checkbox"/> Erro de Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância (medicação/saneantes)	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Evasão de Paciente	<input type="checkbox"/> Flebite	<input type="checkbox"/> Reinternação na UTI <24h
<input type="checkbox"/> Extravasamento de solução	<input type="checkbox"/> Identificação do Paciente	<input type="checkbox"/> Tecnovigilância (Material)
<input type="checkbox"/> Extubação Acidental	<input type="checkbox"/> Lesão por contenção física	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo Venoso (TEV)
<input type="checkbox"/> Falha Administrativa / Documento	<input type="checkbox"/> Perda de SNE	<input type="checkbox"/> Administração de Medicamento errado
<input type="checkbox"/> Falha com Dietas	<input type="checkbox"/> Perda de CVC	

Outro. Qual?

Paciente apresentou reação adversa: ☐ Sim ☐ Não
Qual:

RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)

<input type="checkbox"/> Abertura involuntária da ferida operatória	<input type="checkbox"/> Falta de checagem de procedimento	<input type="checkbox"/> Não administrado dieta
<input type="checkbox"/> Administração de dieta trocada	<input type="checkbox"/> Falta de preenchimento de documento	<input type="checkbox"/> Não preenchido corretamente
<input type="checkbox"/> Administração de medicação trocada	<input type="checkbox"/> Falta de pulseira de identificação	<input type="checkbox"/> Não realização de exame
<input type="checkbox"/> Alta ou liberação de incapaz	<input type="checkbox"/> Queimadura provocada por procedimento	<input type="checkbox"/> Não realizado quando solicitado
<input type="checkbox"/> Dano por uso inadequado de equipamento	<input type="checkbox"/> Internamento errado / trocado	<input type="checkbox"/> Hemorragia após a cirurgia
<input type="checkbox"/> Erro de procedimento	<input type="checkbox"/> Medicação em dose inadequada	<input type="checkbox"/> Resultado errado
<input type="checkbox"/> Falta de checagem de medicamento	<input type="checkbox"/> Não administração de medicação prescrita	<input type="checkbox"/> Troca de Paciente

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE

Evidência ☐ Sim ☐ Não

AÇÃO IMEDIATA (Realizadas no momento do incidente)

Carimbo e Assinatura